

584

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1904 à 1 heure

Par A. NICOLAS

Sur une forme rare des manifestations oculaires

DE

L'ARTHRITISME
L'HYPÉRÉMIE SCLÉRALE

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur.

*Juges : { MM. POIRIER, professeur.
 { SCHWARTZ et FAURE, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		N...
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Maladies des enfants		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.		TILLAX.
Clinique des maladies des voies urinaires.		BERGER.
Clinique d'accouchements	}	DE LAPERSONNE
Clinique gynécologique		GUYON.
Clinique chirurgicale infantile		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.
<i>Professeurs honoraires</i> : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF et DUPLAY		

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINET
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEAN-ELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOISSONNIER

Chef du service d'ophtalmologie de l'hôpital de Tours.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique Ophtalmologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

En entreprenant cette étude « sur une forme rare des manifestations oculaires de l'arthritisme », nous n'avons pas cherché à ajouter un chapitre spécial à la description de cette diathèse, mais nous avons voulu attirer l'attention sur une de ces affections oculaires qui résistent à tout traitement local et qui, si la cause diathésique est soupçonnée et par suite traitée, s'améliorent et disparaissent en peu de temps.

Nous savons que les diathèses ou maladies générales constitutionnelles frappent de leurs symptômes toutes les parties du corps humain ; aucune n'est épargnée et naturellement certains organes, par leur constitution ou leur rôle physiologique sont exposés à en subir plus souvent ou plus fortement les attaques. L'œil est un de ces organes ; il n'existe aucune maladie générale dont il ne ressente plus ou moins les atteintes : la syphilis, le diabète, la maladie de Bright, etc .. le frappent de façons diverses et multiples. Or il existe une diathèse, l'arthritisme, à laquelle cet organe ne devait pas échapp-

per et en effet, nous verrons que nombreuses sont les manifestations arthritiques de l'œil.

Avant de mentionner ces manifestations, nous devons dire quelques mots de l'arthritisme. Nous nous efforcerons de donner un exposé concis de ses symptômes, de son étiologie et aussi de sa pathogénie encore si discutée. Nous dirons ensuite quelques mots de quelques-unes de ses principales manifestations oculaires et nous traiterons enfin plus longuement de *l'hypérémie sclérale ou fluxion oculaire* en montrant le caractère de périodicité que présente cette intéressante lésion ; celle-ci, peu connue, ou du moins peu décrite, est importante à différents points de vue et principalement parce qu'elle peut attirer l'attention sur la diathèse ignorée du malade jusque-là et dont on peut enrayer la marche par le traitement général que nous indiquerons rapidement.

Avant de nous engager dans notre sujet, nous tenons à remercier bien sincèrement nos Maîtres auxquels nous sommes redevable de notre éducation médicale. Arrivé au terme de nos études nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner notre vive reconnaissance.

Nous ne pouvons oublier toute la bienveillance, tout le zèle que nos Maîtres de l'École de Tours, MM. les D^{rs} MEUNIER, BODIN, DELAGÉNIÈRE, LAPEYRE, MOISSONNIER ont apportés à notre instruction.

Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement M. le D^r MOISSONNIER qui voulut bien nous guider dans le choix de notre sujet et nous aider de ses conseils et de son expérience,

Que M. le professeur agrégé LEPAGE et M. le professeur GAUCHER qui nous ont enseigné, l'un l'art des accouchements, l'autre la pratique de la dermatologie veuillent bien agréer l'expression de nos sentiments de sincère reconnaissance.

Que M. le professeur DE LAPPERSONNE, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir l'hommage de notre profonde gratitude.

I. — L'ARTHRITISME

Symptômes. — Divers auteurs, Cazalis et Gigot-Suart entre autres, ont pu avec raison nommer l'arthritisme « diathèse congestive » ; c'est qu'en effet la tendance aux congestions domine l'histoire clinique de cette maladie et atteint tous les organes et tous les âges.

Dès sa première année, l'enfant présente des symptômes de l'affection dont il a hérité et que son aspect gros et gras ne ferait aucunement soupçonner ; mais, au moindre écart de régime des troubles dyspeptiques apparaissent : le bébé, gros mangeur en général, est sujet à des alternatives de constipation et de diarrhée, cette dernière accompagnée de légers accès de fièvre qui disparaissent d'ailleurs rapidement. Vers le sixième mois, et coïncidant habituellement avec l'apparition des premières dents, surviennent des fluxions cutanées qui s'accompagnent d'un prurit très marqué ; on y trouve tous les degrés depuis le simple érythème jusqu'à l'eczéma ; des lésions de grattage viennent s'y

ajouter. Ces éruptions, assez fugaces, mais récidivant facilement, siègent d'ordinaire à la face et persistent quelquefois jusqu'à 4 ou 5 ans pour disparaître alors.

Pendant sa première enfance, l'arthritique est très excitable, sujet à l'insomnie et à des frayeurs nocturnes. L'appareil respiratoire est atteint presque constamment, le larynx surtout est le siège de manifestations nombreuses et M. Comby a pu dire très justement que « chez les jeunes arthritiques les muqueuses des voies respiratoires sont d'une sensibilité excessive et d'une irritabilité extraordinaire. » Laryngite striduleuse, spasme de la glotte, crises d'éternuements, toux quinteuse et véritables accès d'asthme sont l'apanage du premier âge et de la première enfance.

Plus tard, ces troubles s'atténuent puis disparaissent plus ou moins complètement pour faire place dans l'adolescence à des symptômes dont le caractère spasmodique est moins marqué. Des épistaxis, des angines répétées accompagnent les névralgies, les migraines, les vertiges même qui commencent à apparaître. Des éruptions cutanées d'un autre genre que celles de l'enfance : acné, furonculose, herpès, urticaire, purpura, surviennent en même temps que se développent des dyspepsies le plus souvent flatulentes avec éructations, ballonnement du ventre et langue blanche.

C'est durant la puberté que se produisent quelques phénomènes de congestion cardiaque se révélant par des palpitations, des intermittences et même de l'angoisse précordiale. Des phénomènes cérébraux apparaissent aussi et sont parfois très marqués chez cer-

tains malades ; outre la céphalée et la migraine on peut observer de l'apathie, du découragement, des lipothymies de la tendance à l'hypocondrie dont l'ensemble, réuni parfois chez un même sujet, donne le tableau de la neurasthénie.

Les symptômes digestifs ne s'amendent pas. Du côté des organes génitaux, on trouve chez les jeunes gens de l'herpès récidivant facilement, des pertes séminales involontaires et une tendance très marquée à la blennorrhée sur laquelle a particulièrement insisté M. Bouchard. Chez les jeunes filles apparaissent des dysménorrhées douloureuses, de l'algie ovarienne dont le développement coïncide souvent avec celui de la chlorose.

L'arthritique adulte est en général un pléthorique, obèse, haut en couleurs, il est sujet à la calvitie précoce précédée et accompagnée de pityriasis du cuir chevelu. A ce moment de la vie, les manifestations de la diathèse sont nombreuses : rhino-pharyngite, pharyngite granuleuse, dyspepsie flatulente, torpeur du foie, parfois congestion de cet organe, pléthore abdominale, voilà pour le tube digestif en y ajoutant des alternatives de diarrhée et de constipation. Les douleurs névralgiques apparaissent avec localisation de prédilection au nerf sciatique ; des douleurs lombaires et cervicales, des crampes dans les mollets ainsi que des sensations de frissons localisés et d'élancements les accompagnent.

A l'âge adulte également les hémorroïdes sont d'une très grande fréquence : elles sont plus douloureuses que développées, saignent d'une façon abondante et

périodiquement chez certains malades. Des varices se montrent aux membres inférieurs et parfois, mais assez rarement, l'arthritique est sujet à des hémoptysies dont l'allure rappelle les hémoptysies de la première période de la tuberculose. C'est à cette époque qu'apparaît le rhumatisme musculaire sous forme de lumbago et le rhumatisme articulaire aigu.

Jusqu'ici les lésions que nous avons énumérées sont peu profondes quoique très variées et nombreuses ; elles consistent surtout en congestions des muqueuses, de la peau, du cœur et aussi du système nerveux, congestions passagères quoique se renouvelant avec une facilité étonnante ; mais à un âge plus avancé, l'organisme est frappé dans le plus profond de ses organes : ce n'est plus la peau ni les muqueuses qui vont être le siège des manifestations arthritiques, mais bien les parenchymes organiques qui vont être envahis à leur tour. La sclérose les frappe en effet tous à un degré plus ou moins marqué ; les vaisseaux payent le tribut le plus important à cet envahissement et l'artério-sclérose avec toutes ses complications menace les arthritiques d'hémorrhagie ou de ramollissement cérébral, d'infarctus pulmonaires, ou de gangrène des membres. Le cœur, atteint de myocardite, ne peut plus suffire à sa tâche et le malade tombe en asystolie.

C'est à cette époque de la vie qu'apparaissent la goutte, le diabète, les coliques néphrétiques et hépatiques ainsi que la gravelle qui ne sont plus des accidents mais bien des maladies arthritiques.

Telles sont, rapidement esquissées, les manifesta-

tions auxquelles on pourra reconnaître un arthritique.

Etiologie. — Nous insisterons un peu longuement sur cette partie de la question, car il est de toute nécessité pour nous de montrer combien sont importants les antécédents héréditaires dans cette diathèse.

C'est qu'en effet le mot hérédité pourrait presque à lui seul résumer les causes de l'arthritisme : tous les arthritiques ont hérité de la diathèse dont ils souffrent, sauf de rares exceptions. Il est certain que des écarts de régime trop souvent répétés, une hygiène mal comprise, la sédentarité, le manque d'exercice, la suralimentation, l'abus des boissons alcooliques peuvent la développer chez un individu indemne jusqu'alors. C'est surtout dans les classes aisées chez lesquelles la nourriture est abondante, animale plutôt que végétale, qu'on trouve ce mode de développement et M. Comby a pu dire avec raison que « l'arthritisme est la rançon de l'aisance et du bien-être. »

Mais, ainsi que nous le disions plus haut, c'est là l'exception et le plus souvent l'hérédité est seule en cause. Quels en sont donc les principaux caractères ?

Il faut bien se pénétrer de ceci : que les parents arthritiques ne transmettent pas fatalement à leurs enfants les accidents dont ils ont souffert, mais simplement une certaine prédisposition à des accidents dont la nature arthritique est indiscutable mais qui ne seront pas forcément ceux dont ils pâturent. Ainsi un gouteux peut procréer un individu qui ne présentera aucune attaque de goutte mais qui par contre devien-

dra diabétique. Pour employer le terme de M. Hanot dans ce cas il y a hérédité « hétéromorphe ».

Lorsque par contre les accidents sont les mêmes, il y a hérédité homœomorphe ; et enfin le mélange des deux classes est dit hérédité homœ-hétéromorphe.

La dernière classe semble l'emporter sur les deux autres et peut-être pouvons-nous espérer en trouver l'explication dans l'examen des différents facteurs qui se trouvent en présence.

L'influence du père est prédominante ; mais celle de la mère n'est pas à négliger et peut ou atténuer, ou au contraire renforcer celle du père. Le moment de la conception et la violence des accidents dont souffrent à ce moment les procréateurs entrent aussi en ligne de compte. D'autre part, les conditions de la vie changeant avec l'évolution des familles, une hygiène mieux comprise ou au contraire plus mal dirigée, le changement de climat et d'autres causes multiples tendent à modifier l'hérédité homœomorphe.

M. Bouloumié dans son article, *La Goutte et les Goutteux* (*Journal des Praticiens* 1901, pages 513-516), nous explique clairement ce point : « De trois enfants issus d'une souche arthritique, dit-il, l'un qui ira habiter la ville y surmènera son système nerveux, y consacrerà la plus grande partie de son temps aux affaires, et le reste au plaisir, fera bonne chère et peu d'exercice, aiguillera vers la goutte et la verra survenir dans sa forme classique avant la quarantième année ; un autre qui habitera la campagne, cultivera ses terres, fera régulièrement de l'exercice, prendra une nourriture

plutôt végétale qu'animale, en rapport avec ses besoins, ne surmènera pas son système nerveux et ne fera d'excès d'aucune sorte, pourra rester indemne ; le troisième qui, n'ayant pas travaillé, ne sera arrivé à aucune situation, aura vécu misérablement, aura habité des logements humides et peu aérés, sera resté exposé aux intempéries et aux causes dépressives nées de sa situation pécuniaire, aiguillera vers le rhumatisme et n'échappera pas à ses manifestations à un âge plus ou moins avancé. »

C'est là un point que nous devons retenir et que nous trouverons plus tard, car nous verrons que de tous les malades chez lesquels nous avons pu obtenir une histoire chargée d'antécédents héréditaires arthritiques, aucun n'a eu dans sa famille d'accidents oculaires.

Disons pour terminer que l'apparition des symptômes est influencée d'une façon marquée par les saisons, le climat, certaines conditions physiologiques : le printemps et l'automne, un climat froid et humide, la puberté et la ménopause étant propices à leur développement.

Pathogénie. — Nous ne pouvons mieux faire, à cet endroit de notre sujet, que de citer le passage suivant, tiré de l'article « Arthritisme », traité par M. Richardière dans le livre de MM. Brouardel et Gilbert ; il résume en effet clairement les idées actuelles qui ont été émises sur la pathogénie de l'arthritisme.

« La pathogénie de l'arthritisme, dit-il, est encore très discutée. La plupart des auteurs admettent que

cette diathèse a pour cause une altération humorale ; quelques-uns pensent qu'elle a son origine dans un organe ou dans un système important pour la nutrition. La pathogénie de l'arthritisme met encore en présence les humoristes et les solidistes.

« La théorie pathogénique formulée par le professeur Bouchard, est une théorie essentiellement humorale. Pour cet auteur, l'arthritisme se confond avec le ralentissement de la nutrition, et a pour cause la production exagérée des acides. C'est la dyscrasie acide par excellence.

« La théorie solidiste considère une malformation congénitale du tissu conjonctif comme l'origine de l'arthritisme. Dans une leçon de 1893, Hanot définit ainsi l'arthritisme : « Un état constitutionnel, caractérisé, entre autres éléments constitutifs, par une viciation ordinairement congénitale et héréditaire de la nutrition du tissu conjonctif et de ses dérivés, qui deviennent des tissus de moindre résistance. Au point de vue fonctionnel et anatomo-pathologique, l'arthritisme se caractérise par la vulnérabilité plus grande du tissu conjonctif avec tendance à l'hyperplasie, à la transformation fibreuse, à la rétraction fibreuse. » Cazalis, qui rapporte cette définition de Hanot dans son remarquable *Mémoire sur la pathogénie de l'arthritisme* comprend à peu près de la même manière la pathogénie de cette diathèse. Suivant lui, « il existe chez les arthritiques (et ce serait le trait principal, la marque de l'arthritisme, autant que pour M. Bouchard l'est le ralentissement de la nutrition), il existe une prédisposition du

tissu conjonctif, par suite de quelque vice nutritif ou déchéance, à une faiblesse ou à une irritabilité spéciales, prédisposition qui fait de lui un lieu de moindre résistance, ce qui explique en cette diathèse la fréquence toute particulière des inflammations, des proliférations ou des relâchements du tissu. » (Cazalis) La théorie de Hanot et de Cazalis qui place dans le tissu conjonctif le siège de l'arthritisme peut trouver une confirmation dans les idées de Renault et d'Albert Robin, qui voient dans ce tissu le siège de la formation de l'acide urique chez les gouteux, et celui de la graisse chez les obèses.

« Quelques auteurs, justement frappés du grand rôle que joue le système nerveux dans la nutrition, pensent que ce système a une influence capitale dans la pathogénie de l'arthritisme. Pour Dyce Duckworth, « l'arthritisme est une prédisposition héréditaire déterminée par des influences nerveuses affectant les grands centres moteurs et donnant lieu à des troubles de nutrition des jointures. » A cette définition trop exclusive, il faut ajouter que les influences nerveuses exercent également leur action sur tous les tissus de l'économie.

« Lancereaux, qui décrit sous le nom d'herpétisme la plupart des manifestations de l'arthritisme, considère également le système nerveux comme étant le premier en cause. Pour cet auteur la diathèse herpétique est, en effet, une névrose vaso-trophique constitutionnelle et héréditaire. »

M. Richardière aurait pu ajouter à ces quelques théo-

ries qui sont, en somme, les seules importantes, celle de Gigot-Suart qui voit dans l'arthritisme, que comme Lancereaux il a décrit sous le nom d'herpétisme, une viciation du sang par les principes excrémentitiels.

« En résumé, dit-il, la viciation du sang par certains principes excrémentitiels, notamment ceux qui sont les moins abondants dans le fluide nourricier à l'état normal, entraîne une série de phénomènes morbides qui se produisent tantôt à la peau, tantôt du côté d'autres organes, alternativement ou simultanément.

Voilà, pour moi, en quoi consiste l'herpétisme. »

De toutes ces théories, quelle est celle que nous devons retenir ?

Hanot et Cazalis, rapportant toutes les manifestations de l'arthritisme à une malformation conjonctive n'ont certainement vu là qu'une partie de la question.

La théorie de Gigot-Suart n'est pas meilleure, nous semble-t-il.

M. Bouchard cherchant dans l'arthritisme la preuve d'un ralentissement de la nutrition a vu plus loin ; il est certain que les troubles arthritiques sont dus à une nutrition en défaut mais est-ce bien là la cause première ? Nous ne le pensons pas, car il est de toute évidence que la pathogénie doit remonter aussi haut que possible dans l'enchaînement des causes de la maladie ; aussi croyons-nous, laissant de côté la théorie de Dyce-Duckworth qui est trop exclusive, que la vérité est dans celle de Lancereaux.

Le rôle du système nerveux dans la nutrition est en effet capital et a bien été mis en relief par M. Arnozan,

« Le premier facteur, dit-il, sur lequel on doit insister, c'est l'intervention toujours active du système nerveux, que l'on avait primitivement laissé de côté. Les cellules qui composent nos tissus ne sont pas en effet de simples corpuscules inanimés, puisant dans le sang les éléments qui leur conviennent au gré de leurs affinités chimiques ; elles trouvent dans le système nerveux un régulateur vigilant, qui non seulement fait varier la quantité de sang qui les baigne, grâce au mécanisme de la constriction et de la dilatation vasculaires, mais encore qui incite ou modère leur activité nutritive. Cette influence, difficile à démontrer quand elle est normale, devient manifeste quand elle se pervertit ou s'exagère dans certaines maladies. »

La nutrition est donc sous le commandement du système nerveux : celui-ci est-il atteint ? Immédiatement s'ensuivent des désordres nutritifs.

La preuve de l'influence des troubles du système nerveux dans l'arthritisme est faite par plusieurs facteurs.

Le rôle prépondérant joué par l'hérédité dans l'étiologie de cette diathèse est le premier et le plus important. Toutes les affections nerveuses sont en effet d'une facilité de transmission extraordinaire.

La symétrie de certaines lésions de la peau, un certain nombre de phénomènes (névralgies, congestions, hémorrhagies) ne sauraient s'expliquer sans l'intervention du système nerveux.

Ces différentes raisons, que donne Lancereaux pour soutenir sa thèse, sont évidemment très plausibles et

ne sauraient, il nous semble, trouver de détracteurs. Aussi dirons-nous avec lui :

L'arthritisme « est une névrose vaso-trophique, constitutionnelle et héréditaire, caractérisée par deux ordres de manifestations successives ; les unes vasomotrices appartenant à la première moitié de la vie, les autres trophiques faisant partie surtout de la dernière. »

II. — MANIFESTATIONS OCULAIRES DE L'ARTHRITISME

Bien que la plupart des localisations de l'arthritisme soient connues depuis longtemps, les manifestations oculaires, par contre sont depuis peu sorties complètement de l'ombre et il semble que Stoll soit le premier qui en 1809 les ait soupçonnées. C'est à dater du XIX^e siècle en effet qu'on trouve les premières relations sur ce sujet.

Wardrop en 1811 parle de la sclérotite rhumatismale.

Tyrrel en 1840 cite l'épiscélérîte et Ferrol la ténonite de même nature. Vers la même époque Chomel dans son étude du rhumatisme admet l'épiscélérîte ; Bouillaud, par contre, ne mentionne aucun symptôme oculaire.

Plus tard, en 1865, avec Follin et Fernet, le champ des connaissances s'étend et ces auteurs décrivent l'irido-choroïdite.

En 1867, Dolbeau ajoute à la liste l'iritis et Besnier

une conjonctivite érythémateuse et passagère, dans le rhumatisme aigu, et une conjonctivite plus tenace dans le rhumatisme chronique.

En 1870, Gigot-Suart, dans son traité cependant si complet de l'herpétisme, ne cite que quelques « herpétides » oculaires ou palpébrales qui n'ouvrent aucun horizon nouveau.

Enfin nous arrivons aux dernières années du siècle dernier ; c'est à cette époque que les connaissances sur ce sujet particulier s'étendirent singulièrement et les multiples observations montrent qu'aucune partie de cet organe si compliqué qu'est l'œil n'est épargnée par la diathèse :

Conjonctivite ;

Ulcères marginaux de la cornée ;

Kératite parenchymateuse profonde (Panas) ;

Episclérite ;

Sclérite ;

Iritis ;

Cyclite ;

Irido-cyclite ;

Irido-choroïdite, tel est l'ensemble admis actuellement des lésions oculaires arthritiques.

Divers auteurs veulent faire entrer sous ce nom certains troubles survenant à la période ultime de la diathèse alors que les organes sont envahis par l'artériosclérose. Ce sont :

Des hémorrhagies du nerf optique, de la rétine, de la macula, de la choroïde ou du corps vitré ;

Des anévrysmes miliaires de l'artère centrale de la rétine :

Des embolies du même vaisseau ;

Des hémorrhagies consécutives à l'opération de la cataracte :

Le glaucome hémorrhagique et enfin le gérontoxon.

Il est bien certain que l'arthritisme est en cause ici, non pas comme cause directe de ces manifestations, mais en temps que facteur de l'artério-sclérose : c'est lui qui produit celle-ci, laquelle à son tour peut se manifester par les lésions oculaires que nous avons citées. Elles n'ont rien de caractéristique, pas plus que les hémorrhagies cérébrales qui peuvent se produire à cette époque chez les mêmes malades.

Nous ne croyons donc pas que l'on puisse ajouter à la liste déjà longue des manifestations oculaires de l'arthritisme ces symptômes ultimes de la diathèse et nous nous en tiendrons aux premiers auxquels on ajoutera l'œdème palpébral et enfin l'hypérémie sclérale.

Notre intention n'est pas de décrire toutes ces lésions, qu'il serait cependant intéressant de réunir dans une étude d'ensemble, mais seulement de donner une description aussi exacte que nous le pourrons de l'affection que, avec M. le D^r Moissonnier, nous appellerons : Hypérémie sclérale d'origine arthritique.

III. — HYPERÉMIE SCLÉRALE D'ORIGINE ARTHRITIQUE

Cette affection, assez peu commune, puisque nous n'en avons trouvé que 29 observations dans la science, a été décrite ou plutôt mentionnée par Hutchinson, le professeur Fuchs, M. Trousseau A. et enfin par M. le Dr Moissonnier qui en fit l'objet d'une communication lors du Congrès d'Ophthalmologie de Paris en 1902.

Dans ses *Archives of surgery* de 1890, Hutchinson en relate un cas qu'il appelle « Hot Eye ». Nous conservons cette dénomination qui ne saurait trouver de traduction juste et qui littéralement signifie : œil chaud. Deux ans plus tard il publie dans le volume IV des mêmes Archives un article sous le titre de : *Attaques renouvelées de congestion de l'œil*, qui est une observation très complète surtout au point de vue des antécédents. Quant à la description de l'affection elle-même elle est très courte et pas du tout caractéristique.

Le professeur Fuchs a publié le résultat de 22 observations de ce qu'il nomme l'« Episclérite périodique

fugace » et dont nous avons retrouvé la relation dans les tomes 114 et 115 des *Annales d'oculistique*. L'affection y est décrite assez longuement et nous aurons plusieurs fois l'occasion de citer cet auteur.

M. Trousseau A. nous donne dans les *Annales d'Oculistique* tomes 115 et 117 deux observations qui sont assez intéressantes sous le nom de « Fluxion de la Conjonctive. »

Enfin M. Moissonnier dans sa communication a fait un tableau concis mais très précis de l'affection que nous appellerons avec lui : Hypérémie sclérale arthritique.

Nous avons adopté cette dénomination de préférence à celle de Fuchs qui cependant est assez juste, pour plusieurs raisons : Hypérémie à lui seul éveille l'idée d'une affection de courte durée et nous évite d'employer le terme d'épislérîte dont s'est servi l'auteur allemand qui évoque l'idée d'une affection plus profonde, plus intense qu'elle ne l'est en réalité.

Avant d'entrer dans la description de cette affection nous allons présenter les observations que nous devons toutes à l'obligeance de M. le D^r Moissonnier.

OBSERVATIONS

Observation I

M^{me} Z... 40 ans, Nantes, vient me consulter en septembre 1903.

Elle se plaint de sensation de gravier, de cuisson ; à certains jours, ses yeux évitent la lumière vive et pleurent facilement.

La conjonctive palpébrale est à peine plus rouge que normalement, mais par contre la conjonctive bulbaire est sillonnée de vaisseaux volumineux ; les vaisseaux profonds sont aussi gorgés de sang. Il n'y a pas de sécrétion ; la cornée, l'iris, le fond de l'œil sont normaux.

Cet état, au dire de la malade, persiste trois à quatre jours, puis disparaît pour revenir quelques jours plus tard et ainsi de suite, et ces crises congestives se renouvellent ainsi depuis un an.

Cette malade est dyspeptique, neurasthénique, a un rein mobile. Elle est affaiblie, pleure facilement.

Je porte le diagnostic de crises hypérémiques oculaires d'origine vaso-motrice.

Au lieu de prescrire un traitement local qui n'aurait cer-

tainement pas changé la situation, j'ai conseillé de l'eau de Vichy, un peu de lithine, du quinquina, des phosphates.

La malade me disait quelques semaines plus tard que son état oculaire s'était notablement amélioré.

Observation II

M. Des., 58 ans. Chateaurenault, vient me consulter en février 1904.

Ses yeux sont vivement congestionnés, surtout au niveau du cercle ciliaire ; des veines profondes apparaissent gorgées sous la conjonctive qui a une teinte rouge vineuse.

Il a une sensation de gravier, de cuisson, de gêne ; mais pas de douleur ni de sécrétion muqueuse. Photophobie, larmoiement.

Les autres parties de l'œil sont normales ; l'iris en particulier a son éclat habituel, la pupille joue librement : il ne s'agit donc pas d'iritis, au moins pour l'instant.

Cet homme est petit, trapu, la face enluminée, quelque peu couperosée ; il n'a jamais été malade, n'a pas eu de rhumatisme ni de sciatique.

Cet état congestif oculaire remonte à 8 jours ; le malade n'en est pas trop préoccupé parce que, dit-il, depuis 5 à 6 ans tous les hivers il a de semblables troubles oculaires qui durent 5 à 6 jours, parfois 10 jours, puis disparaissent pour revenir. Tantôt un seul œil est pris, tantôt les deux à la fois, tantôt enfin l'œil droit guérit tandis que le gauche rougit.

Il s'agit donc de crises hypérémiques scléroticales d'origine arthritique ; je prescris :

Chlorhydrate de quinine. 0 gr. 35.

Salicylate de soude. 0 gr. 50.

pour un cachet matin et soir.

Immédiatement une amélioration se produit ; puis, rechute. Le malade revient et j'institue le traitement suivant : Collyre d'adrénaline, eau de Montmirail, lithine. Une nouvelle amélioration survint qui, cette fois s'est maintenue.

S'il s'agissait de petites poussées d'iritis, il n'est pas admissible qu'elles n'auraient amené à la longue des altérations de l'œil avec exsudats, synéchies, foyers choroïdiens, etc... Le rétablissement *ad intégrum* chaque fois implique l'idée de simples phénomènes congestifs.

Observation III.

M. Vill., 60 ans, Amboise, se présente à ma clinique en novembre 1903.

Ses yeux sont rouges, larmoyants ; parfois les cils sont agglutinés ; pas de mucosités ; la conjonctive palpébrale et bulbaire est le siège d'une légère congestion réticulaire. Les paupières sont empâtées et la fente palpébrale s'en trouve diminuée. La paupière supérieure est un peu tombante. Il a un gerontoxon très développé. Les membranes de l'œil sont normales. Je crois à de la conjonctivite d'origine lacrymale et je mets en vigueur le traitement suivant : cathétérisme des voies lacrymales : collyre au sulfate de zinc, protargol, mais sans résultat.

Le malade s'ennuie parce que cet état persiste. Je prescris quinine et salicylate de soude, et très rapidement il se produit une détente.

C'est alors que le malade m'avoue qu'il a toujours eu les yeux sensibles et que depuis un temps qu'il ne peut préciser il avait tous les mois des congestions des yeux. « Je sentais, dit-il, le

sang me monter à la tête et dans les yeux ; ceux-ci devenaient brûlants et se fermaient malgré moi, car je ne pouvais pas supporter la lumière ; en même temps j'avais des tiraillements dans tout le front. Cette crise durait 2 ou 3 jours, parfois seulement 24 heures et m'obligeait à me plonger dans l'obscurité. Tout disparaissait sans laisser aucune trace. »

Il s'agit bien de troubles vaso-moteurs de la face et des yeux en particulier des plus typiques, intéressants encore à cause de leur répétition pendant de nombreuses années. Ce malade est vigoureux, généralement d'une bonne santé, il a eu cependant une violente attaque de sciatique, il y a quelques années, qui l'a empêché de marcher pendant trois mois. C'est un artério scléreux, avec myocardite, léger dédoublement au premier temps ; les artères radiales sont dures et annelées ; constipation opiniâtre. C'est en un mot un arthritique. Je l'ai revu plusieurs fois ; il a eu quelques petites poussées oculaires qui n'ont pas persisté. Je lui ai conseillé l'iodure de potassium.

Observation IV

M. Dub..., 46 ans, Monts, octobre 1900.

Depuis un mois, il se plaint de son œil gauche. Les veines sclérales sont un peu grosses, le globe un peu sensible au toucher ; larmoiement, photophobie, cuisson. La pupille est mobile, l'iris brillant ; pas de troubles de la vue.

Cet état procède par crises de 2 ou 3 jours suivies d'améliorations, puis de rechutes. Malade eczémateux, hémorrhoïdaire, chauve, descendant d'un père rhumatisant.

Je porte le diagnostic d'hypérémie sclérale arthritique. Le traitement, quinine et salicylate de soude confirme cette opinion, car 8 jours après, le malade revient guéri.

DESCRIPTION.

Étiologie. — Deux moyens sont à notre disposition pour établir l'étiologie des accidents qui nous occupent: d'abord l'étude des antécédents héréditaires ou personnels du malade, ensuite celle du résultat obtenu par le traitement mis en vigueur. L'absence des premiers renseignements nous oblige à avoir parfois recours au second qui d'ailleurs est toujours un moyen de vérification du diagnostic posé.

Dans l'observation I, il s'agit d'une femme dyspeptique, présentant des accidents nerveux faisant penser à la neurasthénie, ses antécédents héréditaires sont négatifs au point de vue arthritisme ; mais par contre le traitement général institué fit rapidement cesser les accidents.

Le malade de l'observation II n'a aucunement présenté d'accidents arthritiques, mais le traitement a modifié et enrayé la marche de la maladie.

Dans les deux dernières observations la nature diathésique des accidents est indéniable : dans l'une, le

malade artério-scléreux, atteint de myocardite, a un arc sénile très développé et a souffert de sciatique ; dans l'autre il s'agit d'un eczémateux, porteur en plus d'hémorroïdes et chauve.

Donc aucun doute sur l'origine diathésique des accidents oculaires que nous allons décrire : l'arthritisme en est la cause prédisposante.

Ces conclusions sont bien en rapport avec les observations de Fuchs qui ont été prises dans la clientèle privée, ainsi d'ailleurs que celles que nous venons de donner. Il s'agit dans la plupart d'entre elles de personnes aisées, se nourrissant plutôt de viande que de légumes, sujettes à faire des excès de table, suivant un régime et une hygiène mal compris ; chez plusieurs il y avait eu des attaques de rhumatisme articulaire.

M. A. Trousseau relate deux cas qui se présentent chez des arthritiques artério-scléreux, et un autre chez un jeune médecin qui n'a jamais eu de rhumatisme, mais sujet à des éruptions cutanées fréquentes, chauve et issu d'un père rhumatisant : c'est encore un arthritique.

Hutchinson dans sa première observation parle d'une femme descendant de parents goutteux ; la seconde femme dont il rapporte l'histoire a également des antécédents très chargés : grand-père et grand-mère rhumatisants et goutteux ; elle-même a eu la goutte, des névralgies fréquentes, mais ni sciatique, ni lumbago. Elles aussi sont bien des arthritiques.

Un point dont l'importance n'est pas autrement grande est celui-ci : un très grand nombre de malades n'ont pas dans leurs antécédents de parents ayant souff-

fert des yeux ; nous excepterons cependant les deux malades de Hutchinson.

Quelles sont les causes occasionnelles qui interviennent dans l'apparition des accidents ?

Dans la grande majorité des cas, il est difficile d'en trouver et c'est subitement, sans que rien ne puisse être incriminé qu'éclate l'hypérémie.

Toutefois il semble que certaines causes favorisent l'apparition de cette dernière : les excès ou une infraction au régime antiarthritique (Hutchinson), le froid, l'humidité et certaines saisons, l'automne et l'hiver, semblent pouvoir être incriminés dans quelques cas.

Enfin M. le Dr Moissonnier, dans sa communication à la Société d'ophtalmologie, attire l'attention sur le traumatisme dû à l'opération de la cataracte chez des individus arthritiques : « Je l'ai observée, dit-il, chez plusieurs opérés de cataracte et c'est certainement au traumatisme opératoire qu'il faut l'attribuer.

Je puis citer entre autres cas une femme de 60 ans très arthritique, obèse, atteinte d'eczéma et d'hémorrhoïdes que j'ai opérée de cataracte à l'œil droit il y a 18 mois. L'opération se fait simplement et normalement. Le jour suivant la malade ne souffre aucunement et se plaint seulement de picotements dans l'œil. Mais au quatrième jour, en enlevant le bandeau, je suis désagréablement surpris de constater une vive congestion du globe, sans aucune trace d'iritis. La pupille est d'ailleurs noire, sans aucuns débris cristalliniens et sans exsudats. La vision est bonne.

Je donne un gramme de sulfate de quinine dans la

journée. Le lendemain l'œil est déjà mieux et je continue la quinine. Peu à peu l'œil blanchit et on pouvait le considérer comme guéri vers le quinzième jour.

Cette même malade revient en avril dernier pour son second œil, que j'opère de la même façon et aussi simplement. Mais me rappelant qu'il s'agit d'une arthritique, dès le jour de l'opération et préventivement je prescris la quinine.

« Cette fois l'œil se congestionne encore, mais beaucoup moins, et c'est à peine s'il restait un peu rouge vers le douzième jour.

« On pourrait objecter que peut-être il s'agit d'infection légère, mais je ne me suis pas arrêté à cette opinion puisqu'il n'y avait aucune trace d'iritis et que la cornée avait toute sa transparence.

« D'ailleurs la quinine seule suffirait-elle à enrayer les infections opératoires ?

« Il y a bien plutôt lieu de voir une relation de cause à effet et de penser que c'est le traumatisme opératoire qui a provoqué la congestion sur un terrain arthritique, prédisposé aux troubles vaso-moteurs. On sait que chez les arthritiques une contusion légère produit parfois une vive réaction. C'est ainsi que souvent une contusion du genou ou de l'épaule, qui, chez des sujets non diathésiques, n'entraîne aucune impotence du membre, provoque chez les arthritiques une poussée d'arthrite. »

L'influence du sexe n'est pas très marquée et la femme aussi bien que l'homme est sujette à l'hypérémie sclérale ; le professeur Fuchs croit pouvoir affir-

mer cependant sa prédominance chez l'homme ; de ses 22 observations, 15 en effet ont été prises chez des malades du sexe masculin.

L'âge est important à noter ; il est peu d'exemple de malades atteints avant la quarantaine. Il s'agit d'accidents d'ordre vaso-moteur qui, d'après la division de Lancereaux, devraient survenir dans la première moitié de la vie ; mais comme toutes les divisions, celle-ci est trop exclusive et se trouve en défaut ici : les accidents survenant avant 40 ans sont l'exception.

C'est l'opinion de Fuchs et d'Hutchinson ; un cas de Trousseau, celui du jeune médecin fait exception ; quant aux malades dont nous avons donné les observations, on a pu voir que leur âge est en rapport avec ce que nous venons d'énoncer.

Il aurait été intéressant de savoir si la ménopause ou la menstruation, cette dernière surtout, avaient quelque influence ; car on sait combien sont étroitement liées certaines manifestations oculaires avec les règles ; malheureusement les accidents oculaires dont nous parlons, sont relativement bénins, et les malades qui en sont affligés ne viennent pas à l'hôpital. Nous n'avons donc pas eu l'occasion d'en pouvoir étudier minutieusement et nous nous en tiendrons à l'affirmation de Fuchs, qui déclare que les règles n'ont aucune influence sur l'apparition de « l'épisclérite périodique fugace. »

Symptômes. — Le début des accidents hyperémiques de la sclérotique est brusque et le plus souvent, sans aucun phénomène prémonitoire, apparaît la rou-

geur caractéristique que nous décrirons tout à l'heure.

Le plus souvent, avons-nous dit, car malheureusement il n'est pas de règle absolue en pathologie, et il nous faut ajouter que dans quelques cas on note du coryza, un léger accès de fièvre, de l'urticaire. C'est le professeur Fuchs qui note ces cas auxquels leur peu de fréquence enlève de l'importance et que nous notons sans nous y arrêter.

M. A. Trousseau fait débiter la crise pendant la nuit : il est possible que chez les deux malades observés par lui les accidents apparaissent la nuit : mais c'est l'exception, croyons-nous, et c'est le jour que les malades s'aperçoivent que leur œil est rouge.

Pendant la période d'état, qui suit immédiatement le début des accidents dont l'évolution est rapide, deux sortes de phénomènes sont à étudier : 1° les signes physiques ; 2° les signes fonctionnels.

1° *Signes physiques.* — A l'inspection on trouve la conjonctive injectée spécialement dans sa portion bulbaire, la portion palpébrale étant respectée presque intégralement ; ses vaisseaux, formant un treillis complexe, sont dilatés et mobiles avec la muqueuse.

Mais c'est surtout les vaisseaux sous-jacents, sillonnant le tissu sous-conjonctival qui sont injectés. Toute la sclérotique participe à cette congestion ; les vaisseaux, dit M. Moissonnier, sont gonflés et gorgés de sang ; ils sont immobiles et ne suivent pas la conjonctive quand on fait glisser celle-ci sur le globe oculaire.

Cette injection vasculaire donne à l'œil une teinte

rouge, violette, généralisée à tout l'organe. Quelquefois cette coloration s'étend à un secteur seulement.

Le professeur Fuchs a rencontré parfois « une tuméfaction souvent très marquée de la région malade. » Les différents auteurs qui ont décrit l'hypérémie sclérale n'ont jamais trouvé cette tuméfaction qui pourrait fort bien n'être que le bouton caractéristique de l'épisclérite.

Il n'y a aucune trace de sécrétion purulente ou même muco-purulente.

La cornée n'est en aucune façon atteinte et conserve sa transparence habituelle, l'iris possède de même son éclat habituel. La pupille, légèrement contractée n'est aucunement déformée et réagit à la lumière et à l'atropine.

La tension du globe est normale. Quant à l'examen ophtalmoscopique il ne donne rien.

2° *Signes fonctionnels.* — Larmolement, photophobie et douleur sont les trois grands signes subjectifs à noter.

Le larmolement, très marqué dès les premiers moments des accidents, persiste souvent avec toute son intensité ainsi que la photophobie qui suit à peu près la même marche. Aussi est-ce les yeux à demi-fermés, cachés par leur mouchoir, la tête inclinée à terre et regardant leurs pieds que les malades se présentent à vous. Ces deux symptômes s'atténuent rapidement dès que la congestion commence à disparaître, c'est-à-dire du troisième au sixième jour.

Les douleurs sont tout aussi intéressantes à étudier :

douleur n'est peut-être pas le mot propre à employer ici et *gêne* conviendrait mieux. Les malades se plaignent d'une sensation de cuisson, de chaleur et disent ressentir l'impression que pourrait leur produire un corps étranger, du gravier dans l'œil. En somme, ils souffrent peu et il est rare de trouver des cas comme ceux de Fuchs où l'œil est douloureux à travers les paupières ou celui de Hutchinson : la malade de ce dernier souffrait « comme si un couteau lui pénétrait dans l'œil. » Il est juste d'ajouter que ce n'est qu'après de très nombreuses récidives que s'accusèrent ces douleurs qui, dans ces cas s'irradient tout autour de l'orbite comme dans les névralgies.

Toujours d'après le professeur Fuchs, les douleurs précèderaient de quelques heures l'apparition de la rougeur sclérale et des phénomènes locaux concomitants et disparaîtraient avant, si bien, qu'en somme, leur durée est plus courte que celle des signes physiques.

Un œil seulement est atteint le plus souvent ; mais les deux yeux peuvent être envahis, successivement ou simultanément. Donc, grande variété de ce côté de la symptomatologie.

En résumé, quatre grands symptômes à retenir de cette affection : *hyperémie* sclérale et conjonctivale, *gêne oculaire*, *larmoiement* et *photophobie*.

Durée, Marche, Terminaison. — Quelle est la durée de cette affection ? Très courte en général, elle varie entre 1 et 12, rarement 15 jours ; la moyenne est de 8 jours.

Au bout de ce temps, tous les symptômes qui s'étaient atténués peu à peu, disparaissent et l'œil recouvre son intégrité parfaite. La rapidité avec laquelle évolue cette lésion explique l'emploi que nous avons fait jusqu'ici du mot crise qui à lui seul caractérise bien la marche des accidents.

Mais, et c'est là une chose capitale à retenir, il est rare, tout à fait exceptionnel qu'une seule attaque survienne chez un malade.

Il est de règle que les crises d'hypérémie sclérale surviennent plusieurs fois chez un même malade, à intervalles plus ou moins rapprochés, et cela pendant plusieurs années si un traitement anti-arthritique n'est pas mis en vigueur et suivi avec persistance.

Aussi comprenons-nous parfaitement le qualificatif qu'a employé le professeur Fuchs qui donne le nom d'épiscéléríte *périodique* fugace aux accidents que nous décrivons.

Les observations sont caractéristiques à ce point de vue et Hutchinson a pu intituler un de ses articles « attaques renouvelées de congestion oculaire. » Trousseau A. a employé l'expression : Hypérémie active intermittente,

Quant à la durée totale elle est très variable et varie entre un et vingt ans.

Complications, Pronostic. — Les complications sont rares dans cette affection, ce qui se conçoit aisément puisque une simple hypérémie, une congestion active est toute la maladie. Quelques incidents peuvent sur-

venir qui modifient un peu le caractère de parfaite bénignité du pronostic.

Fuchs a noté de l'œdème palpébral avec ganglion préauriculaire : complication exceptionnelle et qui d'ailleurs disparaît entièrement avec les autres symptômes.

Parfois l'iris se congestionne et dans ces cas, notés par Hutchinson et Fuchs, les douleurs sont assez violentes; mais ce ne sont pas là des attaques d'iritis véritable puisque aucune déformation pupillaire n'en résulte et que l'œil recouvre son intégrité entière.

L'hypérémie ciliaire, aussi bénigne, se produit peut-être plus souvent et amène de la gêne de l'accommodation avec ou sans contraction accommodative. Là non plus, aucun reliquat.

Une complication plus grave a été notée par M. Moissonnier : « J'ai vu dans un cas récent, dit-il, chez un homme de 55 ans, survenir à quelques jours du début deux ou trois vésicules très fines sur le limbe scléro cornéen, qui ne tardèrent pas à éclater et à laisser une petite perte de substance analogue aux ulcères marginaux en coup d'ongle. »

Quoiqu'il en soit, et malgré ces divers incidents peu nombreux et peu graves, le pronostic est bénin. La guérison complète, absolue est la règle, l'œil recouvre toujours son intégrité parfaite pendant les périodes de calme et rares sont les cas dans lesquels, comme le relate Hutchinson, les yeux se fatiguent rapidement par la lecture.

Le pronostic est légèrement aggravé par la facilité

désespérante avec laquelle reviennent les attaques et, de ce fait, par la longue durée de l'affection que cependant un traitement général approprié diminue sensiblement

Diagnostic. — La conjonctivite hypérémique et catarrhale, l'iritis, et la sclérite sont les trois affections avec lesquelles le diagnostic différentiel est à faire.

1^o CONJONCTIVITE. — A-C. Hypérémique. — Là pas de sécrétion, comme dans l'hypérémie sclérale ; mais la conjonctive bulbaire est en général respectée, la conjonctive palpébrale étant seule atteinte ; l'injection des vaisseaux de la sclérotique manque. Pas de photophobie. De plus il est toujours facile de trouver une cause occasionnelle à cette affection : déviation d'un cil, lésions de la pituitaire ou des voies lacrymales.

B-C. Catarrhale. — On ne peut longtemps songer à cette affection quand on se trouve en présence des accidents que nous avons décrits, un grand symptôme venant trancher immédiatement le diagnostic : la sécrétion. Dans la conjonctivite catarrhale en effet, cette sécrétion louche, dans laquelle on trouve des stries blanchâtres, pullule de microbes que révèle l'examen bactériologique et suffit à elle seule à trancher la question.

2^o IRITIS. — L'injection périkeratique, la photophobie, le larmolement peuvent amener à songer à l'iritis.

Mais nous n'avons pas trouvé dans l'hypérémie sclérale, de changement de coloration de l'iris qui conserve

sa contractilité et réagit aussi bien à la lumière qu'à l'atropine ; aucun trouble n'existe dans la chambre antérieure.

De plus les douleurs qu'on observe n'atteignent jamais l'intensité des douleurs iritiques et très rarement le sommeil en est troublé.

3° Enfin nous arrivons à la SCLÉRITE ; c'est là le diagnostic différentiel le plus important à préciser.

Deux choses sont à considérer : l'épisclérite ou sclérite superficielle et la sclérite proprement dite ou sclérite profonde.

Dans l'épisclérite, il y a formation d'une rougeur limitée, ne disparaissant pas complètement à la pression. Cette rougeur, qui siège dans le tissu épiscléral, entoure une élévation, constituant le bouton épiscléral dont le sommet est jaunâtre et qui apparaît le plus souvent à la partie externe du tendon du droit externe. Le reste de la sclérotique épargné par l'inflammation garde sa coloration habituelle. Les douleurs sont peu marquées, mais le bouton épiscléral est sensible à la pression. Pas de photophobie, larmolement insignifiant.

Dans la sclérite, les signes physiques sont sensiblement les mêmes ; la teinte violette peut s'étendre à toute la sclérotique.

La marche de ces deux affections est typique : l'épisclérite a une durée moyenne de 6 semaines ; quant à la sclérite « la chronicité en est le symptôme caractéristique, » à dit Galezowski.

Les complications sont fréquentes et assez graves : opacité des bords de la cornée qui semble envahie par

la sclérotique ; inflammation de l'iris avec formation de synéchies postérieures, choréïdite plastique et surtout amincissement de la sclérotique s'observent souvent. De plus, le bouton scléral, se résorbant peu à peu, fait place à une cicatrice de couleur sombre qui, diminuant graduellement d'épaisseur, envahit parfois la partie antérieure de l'œil et produit une staphylôme de la sclérotique.

Ce rapide tableau différencie bien la sclérite superficielle ou parenchymateuse de l'hypérémie sclérale dans laquelle toute la sclérotique est envahie, dont la marche est essentiellement rapide et qui après elle ne laisse aucune trace.

Le diagnostic différentiel ainsi posé, nous ne nous arrêterons pas au diagnostic étiologique sur lequel nous avons longuement insisté à l'article étiologie (nos conclusions étant qu'il s'agit là d'une affection arthritique), mais nous dirons quelques mots du diagnostic pathogénique.

Peut-être pourrait-on soutenir qu'il s'agit ici d'accidents congestifs dus à une infection ; cette théorie doit surtout venir à l'esprit dans les cas où l'hypérémie sclérale succède à un traumatisme opératoire puisque dans les autres on ne trouve pas de porte d'entrée. Mais comme nous le verrons plus loin, les accidents ne résistent pas à la quinine et au traitement antiarthritique, alors que le traitement local ne donne aucun résultat. Or il est bien certain que la quinine seule ne serait aucunement suffisante pour faire disparaître aussi complètement des accidents infectieux et de plus,

L'absence d'inflammation du côté de l'iris ou de la cornée n'est pas en faveur de cette théorie.

Aussi doit-on penser plutôt qu'on se trouve ici en présence de troubles vaso-moteurs. Deux sortes de manifestations caractérisent en effet l'arthritisme : les unes sont d'ordre vaso-moteur, les autres d'ordre trophique. On ne peut évidemment pas parler ici d'accidents trophiques, étant donné leur rapidité d'évolution et leur bénignité et puisqu'ils ne laissent aucune trace sur l'œil. Ce sont donc des désordres vaso-moteurs du même genre que ceux qui se produisent du côté du larynx, des bronches, de l'anus, de la pituitaire, etc... donnant lieu à des accès d'asthme, aux fluxions hémorrhéïdales, à des crises d'éternuement, accidents si fréquents chez les arthritiques.

Traitement. — Le traitement doit ici remplir deux indications :

- 1° Guérir le plus rapidement possible la lésion.
- 2° Etant donné son caractère de périodicité, empêcher ou diminuer le plus possible son retour.

Première indication. — Un agent merveilleux, dont Lancereaux a bien mis en relief la valeur incomparable lorsqu'il s'agit de combattre des désordres vaso-moteurs est ici à notre disposition : c'est la quinine.

Lancereaux l'a employée dans les cas de congestion, d'hémorrhagies diverses, épistaxis, hémoptysies ou métrorrhagies ; dans ces cas il a presque toujours eu des succès. Il était donc indiqué de s'en servir ici.

C'est ce qui a été fait et un plein succès a couronné

les essais des auteurs : Fuchs, Hutchinson, M. Trousseau A. et le Dr Moissonnier ont pu tour à tour remarquer l'efficacité incontestable de cet alcaloïde : c'est bien là le spécifique des désordres vaso-moteurs de l'arthritisme, la confirmation en est pleine et entière.

Comment et à quelles doses doit-on l'administrer ?

Il faut encore ici suivre les conseils de Lancereaux et, tout en tenant compte des cas particuliers qui peuvent se présenter, administrer immédiatement une forte dose : 0 gr. 75 à 1 gr. On ne doit pas craindre d'augmenter légèrement ces doses, mais il faut savoir également cesser l'emploi du médicament si ses effets ne se sont pas manifestés au bout de 48 heures. L'action de la quinine est en effet très rapide ici et il est inutile d'insister ; si au bout de ce temps aucune amélioration n'est apparue, il est rare que par la suite on obtienne rien et le mieux est d'avoir recours à d'autres agents. Au contraire, si la quinine réussit, on doit en continuer l'emploi jusqu'à la disparition complète des symptômes en diminuant peu à peu la dose prescrite.

Le sel à choisir n'est peut-être pas d'une importance capitale, mais nous croyons cependant que le bromhydrate se recommande par sa grande teneur en principe actif et par le brome qui entre dans sa constitution et n'est pas ici sans action.

A lui seul ce traitement si simple réussit dans le plus grand nombre des cas et il n'est aucunement nécessaire de lui adjoindre un traitement local. Si l'on se croit cependant obligé de tranquilliser le malade, on peut ajouter à cette médication interne l'emploi des douches

tièdes boriquées (Trousseau A.) ou des compresses humides ainsi que des sangsues à la tempe (Moissonnier).

Inutile d'ajouter que le séjour à la chambre est nécessaire ; le malade doit éviter les courants d'air et porter des lunettes fumées si ses occupations l'obligent à sortir.

La quinine donne, très rarement il est vrai, des échecs. Dans ces cas, on est obligé de recourir à l'ergotine qui peut alors réussir.

Deuxième indication. — S'il est facile de guérir la crise hyperémique, la difficulté est grande lorsqu'il s'agit d'en prévenir le retour. Il faut pour cela s'adresser à la prédisposition du sujet, traiter la diathèse elle-même : un régime sévère, une hygiène appropriée, un traitement médicamenteux longtemps suivis sont seuls capables d'amener ce résultat.

Avant de passer à ces indications générales, nous devons noter un moyen préconisé par Hutchinson seul : nous voulons parler du *changement de climat*. Il n'est pas étonnant de voir cet auteur, qui est anglais, songer à donner un aussi excellent conseil à ses malades. Nous savons qu'un climat humide et froid prédispose singulièrement aux manifestations arthritiques, les manifestations oculaires venant au premier rang. Or l'Angleterre avec sa température basse, ses brouillards continuels, offre un séjour peu favorable à la guérison absolue des malades et Hutchinson a vu suivre avec un plein succès ses conseils d'expatriement.

Ce conseil, excellent pour les Anglais, peut l'être pour

les malades de certaines régions de notre pays et c'est pourquoi nous devons le retenir.

Nous allons maintenant donner les grandes lignes du traitement antiarthritique que devront suivre les malades autant pour se mettre à l'abri des nouvelles poussées congestives du côté de leurs yeux que pour se préserver des autres manifestations nombreuses auxquelles les expose la diathèse.

Régime alimentaire. — Eviter les liqueurs fortes, le vin pur, le café, le thé ; user modérément du tabac et s'en abstenir complètement dès l'apparition du moindre désordre dans les fonctions respiratoires. Le lait, l'eau, le vin coupé d'eau sont les boissons à employer.

User largement des légumes en évitant les substances acides, les fruits crus, la salade et les épices.

Toutes les viandes sont permises à part le gibier (surtout faisandé), les poissons de mer et les coquillages. Le bouillon gras doit être refusé.

Les fromages ne sont guère recommandables.

En tous cas, manger lentement, mastiquer convenablement, être modéré dans la quantité des aliments, sont trois recommandations essentielles pour éviter la dyspepsie si fréquente chez ces malades.

Hygiène. — Grand air, hydrothérapie, exercice modéré doivent constituer la base de l'hygiène de l'arthritique. Eviter la sédentarité et ne pas négliger les soins de la peau.

Traitement médicamenteux. — Si le régime est d'une importance capitale pour modifier la diathèse, et pour en atténuer les symptômes, certains agents thérapeutiques ne sont pas à dédaigner.

La prédisposition des sujets consistant surtout dans un trouble du système nerveux, il est un médicament qui s'imposait aux praticiens : le bromure de potassium ; employé à petites doses et longtemps continué il donne de bons résultats.

L'iodure de potassium et l'arsenic, mais le premier surtout, trouvent leur emploi dès que les lésions matérielles de la seconde période sont sur le point d'apparaître : quand l'artério-sclérose commence à menacer les malades il est absolument urgent d'essayer d'en enrayer la marche par l'usage de l'iodure. Aussi, la lésion que nous avons décrite étant en somme sur la limite de la première et de la seconde période de l'arthritisme, croyons-nous de toute nécessité pour le médecin qui se trouve en présence de ces troubles, d'instituer de suite le traitement ioduré : les malades en retireront un bénéfice certain.

Enfin d'autres médicaments comme le salicylate de soude, la colchique, etc., peuvent également trouver leur emploi.

Les alcalins, le bicarbonate de soude, la lithine, ne doivent pas non plus être négligés.

Si l'on se trouve en présence de malades aisés, une saison annuelle à certaines sources est évidemment indiquée ; nous croyons pouvoir recommander les

sources thermales des Pyrénées (Eaux-Bonnes, Cauterets).

Telles sont, rapidement esquissées, les lignes principales du traitement auquel le praticien devra soumettre le malade chez lequel l'existence des accidents oculaires que nous avons décrits aura fait découvrir la diathèse arthritique, et cela, même en l'absence de toute autre manifestation.

CONCLUSIONS

1^o Il existe une hyperémie active fugace et périodique de la sclérotique, laissant après elle une intégrité parfaite de l'organe et en relation indiscutable avec l'arthritisme dont elle peut être une manifestation primitive.

2^o Cette affection guérit parfaitement par l'emploi de la quinine, en dehors de tout traitement local.

3^o Le traumatisme opératoire pouvant être une cause d'apparition de cette affection, la quinine devra être administrée préventivement toutes les fois qu'on aura à intervenir sur les yeux d'un malade arthritique.

Vu : le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Gigot-Suart.** — Traité de l'herpétisme, pathogénie, manifestations, traitement, physiologie expérimentale et comparée, Paris, 1870.
- Bouchard.** — Maladies par ralentissement de la nutrition, Paris 1885.
- Lancereaux.** — Herpétisme. Paris 1880.
- A. Robin.** — Traité de thérapeutique appliquée. Fasc. I.
- Debove et Achard.** — Traité de médecine, t. III.
- Hutchinson.** — *Archives of Surgery*. Tomes II et IV.
- Fuchs.** — Episclérite périodique fugace. *Annales d'oculistique*. Tome 114, page 230, et tome 115, page 371.
- Trousseau (A.)** — Fluxion de la conjonctive. *Annales d'oculistique*. Tome 115, page 442 et tome 117, page 232.
- Accidents primitifs sur l'œil de la goutte et du rhumatisme. *Journal des praticiens*, 1901, pages 35-37.
- Moissonnier.** — Congestion oculaire d'origine arthritique. *Annales d'oculistique*. Tome 127, page 459.
- Burucua.** — Rhumatisme oculaire. *Thèse Paris*, 1884-1885.
- Comby.** — Traité des maladies de l'enfance.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
I. — L'arthritisme	10
II. — Manifestations oculaires de l'arthritisme	22
III. — Hypérémie sclérale.	25
Observations	27
Description	31
Conclusion	51
Bibliographie	53

